

مرور نظام‌مند فراوانی روش‌های خودکشی در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی

دکتر نگار مروت‌دار⁽¹⁾، دکتر مازیار مرادی لاکه⁽²⁾، دکتر سید کاظم ملکوتی⁽³⁾، دکتر مرضیه نجومی⁽⁴⁾

چکیده

هدف: هدف بررسی حاضر مرور نظام‌مند و مقایسه پژوهش‌های انجام‌شده در مورد روش‌های خودکشی در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی، بر اساس تقسیم‌بندی سازمان بهداشت جهانی (WHO)، بود. **روش:** جست‌وجوی نظام‌مند منابع به دو روش الکترونیکی (Medline) و دستی انجام شد. برای جست‌وجو کلمه «suicide» و «Mesh word» آن و نام کشورهای حوزه مدیترانه شرقی، بر پایه تقسیم‌بندی WHO سال 2010 به همراه دیگر عبارت‌های مربوط به کشورهای این حوزه به کار رفت. هر پژوهشی که تعداد، درصد فراوانی یا نسبت انواع روش‌های خودکشی را در افراد بالای 15 سال در یک دوره مشخص از زمان در یکی از کشورهای حوزه مدیترانه شرقی یا مناطق زیرمجموعه آنها گزارش کرده بود، وارد بررسی شد. پس از حذف هم‌پوشانی‌ها، دو فرد جداگانه عنوان و چکیده 4152 مقاله را بررسی کردند. از این تعداد 167 مقاله انتخاب شد که با بررسی متن کامل، در نهایت 19 مقاله وارد بررسی نهایی شد. برای ارزیابی کیفیت مقاله‌های انتخاب‌شده «تقویت گزارش بررسی‌های مشاهده‌ای در همه‌گیرشناسی» (STROBE) به کار رفت. **یافته‌ها:** روش‌های دارزدن، مسمومیت‌ها و سوختگی‌ها در بیشتر پژوهش‌ها بیشترین درصد فراوانی را به خود اختصاص داده بودند. **نتیجه‌گیری:** در انتخاب روش‌های خودکشی تفاوت‌های به نسبت زیادی میان کشورهای حوزه مدیترانه شرقی وجود دارد. افزون بر تفاوت میان کشورها، تفاوت جنسیتی نیز بارز است.

کلیدواژه: خودکشی؛ کشورهای حوزه مدیترانه شرقی؛ مرور نظام‌مند

[دریافت مقاله: 1390/10/29؛ پذیرش مقاله: 1390/12/17]

مقدمه

هماهنگ با گزارش سازمان جهانی بهداشت⁽¹⁾ (WHO) 1/4 درصد از علل منتهی به مرگ در جهان در سال 2008 به خودکشی اختصاص داشته است. این میزان در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی⁽²⁾، جنوب شرقی آسیا، اروپا و آمریکا به ترتیب 0/77، 1/89، 0/13 و 1/16 درصد بوده است (1). 22 کشور در تقسیم‌بندی WHO در سال 2010 در حوزه مدیترانه شرقی قرار گرفتند که افزون بر نزدیکی جغرافیایی، عامل مشترک دین (اسلام) دلیل قرارگیری آن‌ها در یک حوزه بوده است. در اسلام خودکشی و آسیب عمدی به خود

حرام است. این در حالی است که در ایران میزان کاربرد روشی مانند خودسوزی⁽³⁾ تا 70% موارد خودکشی گزارش شده است (2) و در کشوری مانند آمریکا فقط 0/5 درصد از خودکشی‌ها به این روش انجام می‌شود (3). در پاکستان، یکی دیگر از کشورهای حوزه مدیترانه شرقی، میزان کاربرد روشی مانند غرق‌شدگی⁽⁴⁾ تا 40 درصد گزارش شده است (4)، درحالی که بیشینه میزان استفاده از این روش در ایسلند⁽⁵⁾ 18/2 درصد گزارش شده است (5). علل متفاوتی در انتخاب روش خودکشی نقش دارد، از جمله می‌توان به مقبولیت اجتماعی روش (فرهنگ و سنن) و در

(1) متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ (2) متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ (3) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران؛ (4) متخصص پزشکی اجتماعی، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، گروه پزشکی اجتماعی، تهران، تقاطع بزرگراه‌های همت و چمران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پزشکی، طبقه سوم، گروه پزشکی اجتماعی، دورنگار: 021-88860225 (نویسنده مسئول)

E-mail: mnojomi@iums.ac.ir

1- World Health Organization
3- self-burning
5- Island

2- Eastern Mediterranean region
4- drowning

روش

دسترس بودن آن (دست‌یافتنی بودن) اشاره کرد (6). بر پایه یافته‌های WHO، دارزدن¹ شایع‌ترین روش خودکشی در بیشتر کشورهاست (5). بیشترین میزان کاربرد آن 90 درصد در مردان و 80 درصد در زنان در کشورهای اروپای شرقی (استونی²، لیتوانی³، اسلوانی⁴، رومانی⁵) گزارش شده است. در آمریکا دوسوم خودکشی‌ها با سلاح گرم انجام می‌شود، درحالی‌که مسمومیت با آفت‌کش‌ها شایع‌ترین روش خودکشی در چین⁶ است (7). افزون بر تفاوت میان کشورهای گوناگون در انتخاب روش خودکشی، در داخل یک کشور نیز تفاوت‌های منطقه‌ای دیده می‌شود؛ برای مثال در ایران، روش دارزدن در ایلام 7 درصد (8) و در تهران 86 درصد (9) گزارش شده است. در پاکستان خودکشی به روش مسمومیت در یک مطالعه (10) 26 درصد و در مطالعه دیگر (11) 40 درصد گزارش شده است.

در انتخاب روش خودکشی، تفاوت‌هایی نیز بر حسب جنسیت دیده می‌شود؛ برای مثال زنان کشورهای توسعه‌یافته‌تر روش‌های کمتر خشونت‌آمیز (مانند مسمومیت با دارو) را به کار می‌برند، درحالی‌که مردان روش‌های خشن‌تری مانند دارزدن را انتخاب می‌کنند (12). در مقابل در کشورهای درحال توسعه خودکشی با روش‌های بسیار خشن، مانند خودسوزی، بیشتر به وسیله زنان انتخاب می‌شود (مانند هند (13) و بعضی بخش‌های ایران (2)).

بنابراین درحالی‌که مقبولیت در چارچوب باورها در انجام‌شدن یا نشدن خودکشی مؤثر است، هنجارهای فرهنگی - اجتماعی در چگونگی روش به اجرا درآمدن خودکشی نقش دارد (برای مثال در مورد چگونگی فایق آمدن بر موانع انجام خودکشی) (14). هم‌چنین میان کشورهای مختلف و نیز در مناطق گوناگون یک کشور، تفاوت‌های اساسی در الگوی انجام خودکشی وجود دارد، که نشان‌دهنده نقش تعیین‌کننده‌های رفتاری خودکشی (مانند در دسترس بودن آن روش) است (15).

با توجه به مطالب بیان‌شده، از آنجا که بررسی روش‌های خودکشی می‌تواند برای برنامه‌ریزی در یک رویکرد پیش‌گیرانه مفید واقع شود، هم‌چنین نظر به این‌که کشورهای حوزه مدیترانه شرقی از نظر فراوانی نوع روش‌های انتخابی برای خودکشی با سایر مناطق تفاوت‌هایی دارند، پژوهش حاضر با هدف مرور نظام‌مند روش‌های خودکشی در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی انجام شد.

شدند: Web of Science, CINAHL, (PubMed) Medline, ISI, Science direct, PsycINFO, SCOPUS, OVID, Emrmedex and Imemr. برای جست‌وجو کلمه «suicide» و «Mesh word» آن و نام کشورهای حوزه مدیترانه شرقی، بر پایه تقسیم‌بندی WHO در سال 2010 (شامل 22 کشور افغانستان، بحرین، جیبوتی، مصر، عراق، ایران، اردن، کویت، لبنان، لیبی، مراکش، پاکستان، فلسطین، قطر، عربستان سعودی، سومالی، سودان، سوریه، تونس، امارات متحده عربی، عمان و یمن) به همراه دیگر عبارت‌های مربوط به کشورهای این حوزه [مانند خاورمیانه، کشورهای در حال توسعه، کشورهای مسلمان و شبه قاره هند (پاکستان جزء شبه‌قاره هند است)] استفاده شد. عبارت‌های کلی مورد جست‌وجو بدین شکل بود:

"Suicide"[Mesh] OR "Suicide/statistics and numerical data"[Majr] OR poisoning[Mesh] OR drowning [Mesh] OR firearm[Mesh] OR overdose[Mesh]

"Middle East"[Mesh] OR EMRO countries [Mesh] OR Developing countries[Mesh]

برحسب پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف، تغییراتی در شیوه جست‌وجو به عمل آمد و با هدف انجام یک جست‌وجوی حساس، برای هر یک از پایگاه‌های اطلاعاتی از ترکیب کلمه‌های کلیدی متناسب استفاده شد. جست‌وجوی الکترونیک منابع تا تاریخ اول مهر 1390 هجری شمسی برابر با 23 سپتامبر 2011 انجام شد. در مورد سال انتشار مقاله هیچ محدودیتی اعمال نشد. منابع پایانی مقاله‌ها نیز بررسی شد تا مقاله‌های مناسب از این نظر نیز استخراج شود.

هر پژوهشی که تعداد، درصد فراوانی یا نسبت انواع روش‌های خودکشی را در افراد بالای 15 سال در یک دوره مشخص از زمان در یکی از کشورهای حوزه مدیترانه شرقی یا مناطق زیرمجموعه آنها گزارش کرده بود، وارد بررسی شد. ولی اگر حوزه بررسی پژوهشی هر یک از گروه‌های خاص جمعیتی مانند نظامیان، پزشکان، مهاجران و بی‌خانمان‌ها یا انواع خاص خودکشی مانند حمله‌های تروریستی انتحاری بود، آن پژوهش از بررسی کنار گذاشته شد.

پس از حذف هم‌پوشانی‌ها، برای شناسایی مقاله‌ها، دو فرد جداگانه عنوان و چکیده مقاله‌ها را بررسی کردند. سپس متن کامل مقاله‌های انتخاب‌شده بررسی شد. در این مرحله نیز چند مقاله (که نامرتب بودند یا در آن‌ها به فراوانی روش‌های

جست‌وجوی نظام‌مند منابع به دو روش الکترونیک و دستی انجام شد. در قسمت الکترونیک این بانک‌های اطلاعاتی بررسی

1- gallows
3- Lithuania
5- Romania
2- Estonia
4- Slovenia
6- China

جداگانه انجام شد. در مواردی که اختلاف نظر وجود داشت و با تبادل نظر برطرف نمی شد، از نفر سوم کمک گرفته می شد. اطلاعات استخراج شده از مطالعه ها عبارت بود از: نام نویسنده اول، سال انتشار مقاله، شهر و کشور جامعه مورد مطالعه، تعداد موارد خودکشی در هریک از روش ها، درصد موارد خودکشی در هریک از روش ها، تعداد و درصد خودکشی در هریک از روش ها به تفکیک جنسیت و منابع گردآوری داده ها. سپس حجم کل نمونه و حجم نمونه به تفکیک جنسیت (در صورت گزارش در مقاله یا قابل محاسبه بودن)، فراوانی، درصد فراوانی و فراوانی نسبی انواع روش ها در کل نمونه و به تفکیک جنسیت وارد برنامه اکسل² 2007 شد (جدول 1).

مختلف خودکشی اشاره نشده بود و با استفاده از اطلاعات موجود در مقاله هم قابل محاسبه نبود) کنار گذاشته شدند. بدین ترتیب در جست و جوی اولیه 4152 مقاله به دست آمد. از این تعداد، متن کامل 167 مقاله بررسی شد که در نهایت 19 مقاله وارد بررسی نهایی شد.

در مرحله بعدی برای ارزیابی کیفیت مقاله های انتخاب شده از چک لیست «تقویت گزارش بررسی های مشاهده ای در همه گیرشناسی»¹ (STROBE) (16) استفاده شد. 32 گزینۀ دارد که نکات کلیدی در گزارش مقاله (مانند طراحی، روش نمونه گیری، منابع اطلاعاتی، روش های آماری و شیوه ارایه یافته ها) را می سنجد. این کار توسط دو فرد و به طور

جدول 1- ویژگی های مقاله های انتخاب شده برای مرور نظام مند

نویسنده اول	سال انتشار	مدت زمان بررسی	زمان آغاز بررسی	کشور محل بررسی	تعداد کل موارد خودکشی	تعداد موارد خودکشی مردان	تعداد موارد خودکشی زنان	منبع گردآوری داده ها	محل بررسی
مراد موسی خان	2008	11 ماه	2003	پاکستان	100	83	17	پلیس	کراچی
رضاییان	2008	4 سال	2000	ایران	703	632	71	داده های مرگ	تهران
هانا	2009	5 سال	2001	عراق	80	19	61	پلیس، اورژانس	کردستان
مراد موسی خان	2000	2 سال	1996	پاکستان	306	208	98	گزارش های ثبت شده	کشوری
جانقربانی	2005	7 سال	1995	ایران	615	174	441	سازمان آمار ایلام	ایلام
الانصاری	2007	9 سال	1995	بحرین	304	-	-	دایره جنایی	کشوری
مراد موسی خان	2006	15 سال	1985	پاکستان	2246	1565	681	پلیس	سیندا
مراد موسی خان	2009	4 سال	2000	پاکستان	-	-	49	روزنامه ملی و محلی	قیصر
احمدی	2008	1 سال	2003	ایران	4267	-	-	مطالعه «سیمای سلامت در ایران» و داده های مرگ	کشوری
صحام	2009	6 سال	1998	مصر	80	54	26	دایره جنایی و پزشکی قانونی	پورت سید
دردکه	1989	6 سال	1980	اردن	219	129	90	اداره امنیت اجتماعی	کشوری
المدنی	2010	5 سال	2003	عربستان سعودی	133	115	18	پزشکی قانونی	دمام
صیاد رضایی	2009	6 سال	2003	ایران	64	24	40	پزشکی قانونی	اردبیل
قلعه ای ها	2009	1 سال	2004	ایران	146	-	-	پزشکی قانونی	همدان
مرادی	2001	1 سال	2001	ایران	2840	1859	981	سازمان پزشکی قانونی	کشوری
احمد سعید	2001	4 سال	1998	پاکستان	95	67	28	پلیس	فیصل آباد
شیرزاد	2007	6 ماه	2004	ایران	260	180	80	پزشکی قانونی	کشوری
یاسمی	2002	1 سال	1994	ایران	62	43	19	پزشکی قانونی	کرمان
اجداسیک گروس	2008	56 سال	1950	کویت	289	193	96	داده های مرگ WHO	کشوری

1- strengthening the reporting of observational studies in epidemiology

2- Excel

یافته‌ها

از 167 مقاله به‌دست‌آمده از مرحله مرور متن کامل مقاله، تنها در 19 مقاله (11 درصد) به فراوانی یا فراوانی نسبی روش‌های مختلف خودکشی اشاره شده بود. در دیگر مقاله‌ها به فراوانی انواع روش‌ها اشاره نشده بود یا این که تنها به رتبه شایع‌ترین روش اشاره شده بود. مجموع افراد خودکشی‌کننده در این 19 مقاله 12885 نفر بود. در دو مقاله فقط درصد شایع‌ترین روش خودکشی گزارش شده بود و فراوانی نسبی سایر روش‌ها مشخص نبود؛ در 83 و 81 درصد موارد (به ترتیب رضاییان و المدنی) دازدن روش انتخابی برای خودکشی گزارش شده بود. درصد فراوانی انواع روش‌های خودکشی در 17 مقاله دیگر بیان شده بود و یا با توجه به اطلاعات موجود در مقاله قابل محاسبه بود (جدول 2). از این 17 مقاله، مطالعه موسی‌خان (2009) فقط خودکشی‌کنندگان زن را بررسی کرده بود. از 19 مقاله مورد بررسی هشت و پنج مورد به ترتیب در ایران و پاکستان و یک مورد در هر یک از کشورهای عراق، بحرین، مصر، اردن، عربستان سعودی و

کویت انجام شده بود. یافته‌های به‌دست‌آمده از مقاله‌ها به تفکیک روش خودکشی عبارت است از:

میزان به‌کارگیری دازدن از سه درصد (صیادرضایی و هانا) تا 92/8 درصد (الانصاری) گزارش شده بود. این میزان در مردان از ۰ تا درصد (صحام) تا 92 درصد (اجداسیک گروس) و در زنان از دو درصد (هانا) تا 91 درصد (اجداسیک گروس) گزارش شده بود.

میزان به‌کارگیری خودسوزی از صفر درصد (اجداسیک گروس) تا 70 درصد (جانقربانی) و به تفکیک جنسیتی از صفر درصد (اجداسیک گروس) تا 41 درصد (جانقربانی) در مردان و از صفر درصد (اجداسیک گروس) تا 82 درصد (جانقربانی) در زنان گزارش شده بود.

میزان به‌کارگیری مسمومیت غذایی از 0/6 درصد (الانصاری) تا 43 درصد (صیادرضایی) و به تفکیک جنسیتی از پنج درصد (اجداسیک گروس) تا 34 درصد (موسی‌خان، 2006) در مردان و از هفت درصد (اجداسیک گروس) تا 68 درصد (یاسمی) در زنان گزارش شده بود.

جدول 2- درصد فراوانی نسبی انواع روش‌های خودکشی

256
256

نویسنده اول/ سال انتشار	کشور/ شهر	دازدن	خودسوزی	مسمومیت غذایی	سقوط از ارتفاع	غرق‌شدگی	سلاح گرم	مسمومیت دارویی	سایر روش‌ها
خان (2008)	پاکستان/ کراچی	40	10	26	3	1	15	0	5
هانا (2009)	عراق/ کردستان	3	50	16	5	0	7	7	10
خان (2000)	پاکستان/ کشوری	24	8	39	1	5	14	1	7
جانقربانی (2005)	ایران/ ایلام	7	70	8	0	0	4	4	5
الانصاری (2007)	بحرین/ کشوری	92/8	1/3	0/6	0/3	4	0/3	0	0/6
خان (2006)	پاکستان/ سیندا	27	4	40	0	17	12	0	0
احمدی (2008)	ایران/ کشوری	34	27	19	0/3	0/7	3/4	4/6	10
خان (2009)	پاکستان/ قیضر	11	0	33	2	40	5	0	9
صحام (2009)	مصر/ پورت سید	7	16	25	10	19	14	9	0
درد که (1989)	اردن/ کشوری	10	28	30	0	3	15	9	5
صیادرضایی (2009)	ایران/ اردبیل	3	6/3	43	0	0	0	39	9
قلعه‌ای‌ها (2009)	ایران/ همدان	78	6	11/6	0	0	0	0	4
مرادی (2001)	ایران/ کشوری	42	29	13	1	1	9/7	0	2
احمدسعید (2010)	پاکستان/ فیصل‌آباد	51/5	4	15	0	1	18	0	8
شیرزاد (2007)	ایران/ کشوری	45	16	7	7	0/4	2	16	0
یاسمی (2002)	ایران/ کشوری	24	21	37	1/6	0	8	9/7	0
اجداسیک گروس (2008)	کویت/ کشوری	91	0	5	1	0	0/3	0	1

نسبت مرگ و میر¹ ناشی از مسمومیت‌ها در کشورهای توسعه‌یافته و کشورهای با درآمد پایین و متوسط به ترتیب یک تا دو درصد و 15-12 درصد گزارش شده است. یکی از دلایل این امر به تفاوت کشورها در مدیریت به موقع و مناسب موارد مسمومیت مربوط می‌شود (18). در میان سایر کشورها دارزدن شایع‌ترین روش در بحرین، عربستان سعودی و کویت و خودسوزی و مسمومیت‌ها به ترتیب شایع‌ترین روش در عراق و مصر بودند. بنابراین به نظر می‌رسد خودکشی به روش دارزدن در صورتی که سایر روش‌ها در دسترس نباشند، روش اصلی خودکشی است و نسبت دارزدن به طور مشخص با افزایش کاربرد روش‌هایی مانند مسمومیت‌ها کاهش می‌یابد. در مطالعه‌ای با کاربرد داده‌های مرگ جهانی ثبت شده در WHO در مردان بالاترین فراوانی روش‌های خودکشی در ایالات متحده آمریکا، انگلستان، استرالیا و السالوادور به ترتیب مربوط به سلاح گرم (60 درصد)، دارزدن (55 درصد)، دارزدن (45 درصد) و مسمومیت با آفت کش‌ها (86 درصد) گزارش شد. این میزان برای زنان در همان کشورها به ترتیب سلاح گرم (35 درصد)، مسمومیت دارویی (41 درصد)، دارزدن (36 درصد) و مسمومیت با آفت کش‌ها (95 درصد) بود (5).

بررسی احمدی و همکاران (19) نشان داد ایران بالاترین میزان خودسوزی را در جهان دارد. این در حالی است که در آمریکا فقط 0/5 درصد کل روش‌های خودکشی به دلیل خودسوزی است (یک نفر به ازای هر 1 000 000 نفر). همین بررسی نشان داد در مناطقی که میزان خودسوزی به ازای جمعیت پایین‌تر است، بیشتر مردان خودسوزی می‌کنند، ولی در مناطقی که این میزان بالاتر است، زنان بسیار بیشتر از مردان خودسوزی می‌کنند.

به نظر می‌رسد در دسترس بودن بر مقبولیت یک روش خاص و در نتیجه بر خودکشی مؤثر است. بنابراین محدودیت دسترسی می‌تواند اقدامی برای پیش‌گیری باشد (20). از این رو برنامه‌های پیش‌گیری از خودکشی، بیشترین سود را در مورد روش‌هایی مانند اسلحه گرم و مسمومیت با آفت کش‌ها دارد، درحالی که برای روشی مانند دارزدن چندان موفق نیست (21). بنابراین برای پیش‌گیری از خودکشی به روش دارزدن، باید بیشتر بر عوامل علیتی آن (پیش‌گیری اولیه) تمرکز کرد تا بر در دسترس بودن یا مقبولیت آن (پیش‌گیری سطح دوم و

میزان به کارگیری سقوط از ارتفاع از صفر درصد (موسی‌خان، 2006؛ جانقربانی؛ دردکه؛ صیاد رضایی؛ قلعه‌ای‌ها و احمدسعید) تا 10 درصد (صحام) و به تفکیک جنسیتی از صفر درصد (جانقربانی؛ موسی‌خان، 2006؛ دردکه؛ احمد سعید) تا 19 درصد (صحام) در مردان و از صفر درصد (جانقربانی؛ موسی‌خان، 2006؛ دردکه و احمد سعید) تا 19 درصد (صحام) در زنان گزارش شده بود.

میزان به کارگیری غرق‌شدگی از صفر درصد (هانا، جانقربانی، صیاد رضایی، قلعه‌ای‌ها، یاسمی و اجداسیک گروس) تا 18 درصد (صحام) و به تفکیک جنسیتی از صفر درصد تا 24 درصد (صحام) در مردان و از صفر درصد تا 40 درصد (موسی‌خان، 2009) در زنان گزارش شده بود.

میزان به کارگیری اسلحه گرم از صفر درصد (صیاد رضایی و قلعه‌ای‌ها) تا 18 درصد (احمدسعید) و به تفکیک جنسیتی از صفر درصد تا 26 درصد (دردکه) در مردان و از صفر درصد تا 18 درصد (احمدسعید) در زنان گزارش شده بود.

میزان به کارگیری مسمومیت دارویی از صفر درصد (موسی‌خان، 2008؛ الانصاری؛ موسی‌خان، 2006؛ موسی‌خان، 2009؛ قلعه‌ای‌ها؛ احمدسعید و اجداسیک گروس) تا 39 درصد (صیادرضایی) و به تفکیک جنسیتی از صفر درصد تا 14 درصد (یاسمی) در مردان و از صفر درصد تا 12 درصد (دردکه) در زنان گزارش شده بود.

بحث

از 19 مقاله بررسی‌شده در پژوهش حاضر در 10 (52 درصد)، شش (31 درصد)، دو (10 درصد) و یک (5 درصد) مقاله به ترتیب دارزدن، مسمومیت‌ها، خودسوزی و غرق‌شدگی شایع‌ترین روش خودکشی گزارش شده بودند.

از هشت مقاله مربوط به ایران در پنج (تهران، همدان و کشوری)، دو (اردبیل و کرمان) و یک (ایلام) مقاله به ترتیب دارزدن، مسمومیت‌ها و خودسوزی و از پنج مقاله مربوط به پاکستان در دو (کراچی، فیصل‌آباد)، دو (سیندا، کشوری) و یک مقاله (قیصر) به ترتیب دارزدن، مسمومیت‌ها و غرق‌شدگی شایع‌ترین روش خودکشی گزارش شده بود. این تفاوت میان کشورهای مختلف در انتخاب روش خودکشی نشان‌گر نقش تعیین‌کننده‌های مختلف (دسترسی‌پذیری و مقبولیت) در انتخاب روش خودکشی است (17).

منابع

1. World Health Organization. Health statistics and informatics department, causes of death 2008. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Ahmadi A. Suicide by self-immolation: Comprehensive overview, experiences and suggestions. *J Burn Care Res.* 2007; 28(1):30-41.
3. Thombs MB, Russell GM. Who attempts suicide by burning? An analysis of age patterns of mortality by self-inflicted burning in the United States. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007; 29:244-50.
4. Khan MM, Ahmed A, Khan SR. Female suicide rates in Ghizer, Pakistan. *Suicide Life Threat Behav.* 2009; 39(2):227-30.
5. Ajdacic-Gross V, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F. Methods of suicide: International suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ.* 2008; 86:726-32.
6. Farmer RRJ. Effect of availability and acceptability of lethal instruments on suicide mortality. *Acta Psychiatr Scand.* 1980; 62:436-46.
7. Yip PF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide Life Threat Behav.* 2001; 31:62-70.
8. Janghorbani M. Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995-2002): Incidence and associated factors. *Arch Iran Med.* 2005; 8:119-26.
9. Razaiean M, Mohammadi M, Akbari M, Maleki M. The most common method of suicide in Tehran 2000-2004: Implications for prevention. *Crisis.* 2008; 29(3):164-6.
10. Khan MM, Mahmud S, Karim MS, Zaman M, Prince M. Case-control study of suicide in Karachi, Pakistan. *Br J Psychiatry.* 2008; 193(5):402-5.
11. Khan MM, Hyder AA. Suicides in the developing world: Case study from Pakistan. *Suicide Life Threat Behav.* 2006; 36(1):76-81.
12. Health D. National suicide prevention strategy for England. Annual Report on Progress 2004. 2005; london: Stationery Office.
13. Adityanjee DR. Suicide attempts and suicides in India: Cross-cultural aspects. *Int J Soc Psychiatry.* 1986; 32:64-73.

حتی سوم). پیش‌گیری از روش دارزدن در سطح اول بر کاهش بیکاری، افزایش امنیت شغلی، تأمین معاش، تدوین و توسعه برنامه‌های خدمات سلامت روان و فراهم کردن حمایت‌های اجتماعی برای گروه‌های پرخطر مبتنی است (22). افزون بر اعمال محدودیت دسترسی، ارائه اطلاعات و زیرساخت‌های آموزشی بیشتر در مورد پیامدهای خودکشی در گروه‌های پرخطری مانند زنان جوان متأهل بی‌سواد می‌تواند جزیی از یک رویکرد پیش‌گیرانه باشد. برای موفقیت یک برنامه پیش‌گیرانه باید همه بخش‌های مرتبط (سلامت، آموزش، اطلاع‌رسانی و عوامل فرهنگی، اقتصادی و مذهبی) درگیر شود (23).

در آخر می‌توان این‌طور نتیجه‌گیری کرد که در بیشتر کشورهای حوزه مدیترانه شرقی شایع‌ترین روش‌های خودکشی عبارتند از دارزدن، مسمومیت‌ها و خودسوزی. البته در تعدادی از کشورها مسمومیت دارویی، سلاح گرم و غرق‌شدگی نیز از روش‌های شایع خودکشی هستند. آگاهی از روش‌های رایج خودکشی، می‌تواند در انتخاب راهبردهای پیش‌گیرانه مؤثر باشد؛ محدود کردن دسترسی محدودیت‌های قانونی در مورد حمل سلاح یا محدود کردن دسترسی به سموم، داروها و مواد آتش‌زا به‌وسیله نظارت بر گروه پرخطر از این دست روش‌هاست. بدیهی است هدف راهبردهای پیش‌گیرانه اولیه کم کردن بار خودکشی است - به هر روشی که انجام شود. این راهبردها در سطح جامعه و دربرگیرنده مؤلفه‌های اقتصادی - اجتماعی سلامت مانند رفاه، اقتصاد کلان، وضعیت اشتغال، وضعیت آموزش و وجود سیستم‌های حمایتی است.

سپاسگزاری

از همکاری جناب آقای دکتر شاهین آخوندزاده، معاون محترم پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، برای یاری در انجام پژوهش قدردانی می‌شود. این پژوهش با امکانات دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

[این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول، مقطع دستیاری پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال 1389، کد 1736 است].

[این‌ا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

14. Cloward RA. Delinquency and opportunity: A theory of delinquent gens. New York: Free press; 1960.
15. Cantor CH. Access to methods of suicide: What impact? Aust N Z J Psychiatry. 1998; 32:8-14.
16. Institute of social and preventive medicine at the University of Bern. STROB Statement, strengthening the reporting of observational studies in epidemiology [internet]. Bern: Institute of social and preventive medicine; 2007[updated 2007 oct/nov; cited 2011 oct 10th]. Available from: www.strobe-statement.org. Available checklists page.
17. Farmer RJ. Effect of availability and acceptability of lethal instruments on suicide mortality. Acta Psychiatr Scand. 1980; 62:436-46.
18. Eddleston M, Hawton K. Deliberate self harm in Sri Lanka: An overlooked tragedy in the developing world. BMJ. 1998; 317:133-5.
19. Ahmadi A, Mohammadi R, Stavrinou D, Almasi A, Schwebel DC. Self-immolation in Iran. J Burn Care Res. 2008; 29(3):451-60.
20. Kreitman N. The coal gas story. Br J Prev Soc Med. 1976; 30:86-93.
21. Gunnel D, Hawton K, Simkin S, Kapur N. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: A systematic review. Int J Epidemiol. 2005; 34:433-42.
22. Rezaeian M. Age and sex suicide rates in the Eastern Mediterranean Region based on global burden of disease estimates for 2000. East Mediterr Health J. 2007; 13(4):953-60.
23. Rezaeian M. Suicide among young Middle Eastern muslim females. The perspective of an Iranian epidemiologist. Crisis. 2010; 31(1):36-42.

Review Article

Frequency of Methods of Suicide in Eastern Mediterranean Region (EMRO) of WHO: A Systematic Review

Abstract

Objectives: The aim of this study was to perform a systematic review of articles about suicidal methods in countries of Eastern Mediterranean Region (EMRO) of World Health Organization (WHO). **Method:** We used databases and hand searching. Several databases were searched, including Pub-Med/Medline, ISI Web of Science, CINAHL, PsycINFO, SCOPUS, ScienceDirect, OVID, EMRmedex and IMEMR as well as reference lists of the accessed articles. We searched "suicide", Mesh words" of suicide and country names of EMR countries according to last classifications WHO country regions in 2010. Any article that reported frequency, partial frequency or percent of methods of suicide in people age above 15 years old in countries of EMR was selected. After deletion of duplications, 4152 articles were assessed by two independent assessors for title and abstract. Then 167 articles were selected for reviewing full text articles, from those articles, 19 were selected for data extraction. STROBE checklist (strengthening the reporting of observational studies in epidemiology) was used for quality assessments of those articles. Data extraction was conducted with two researchers, independently. **Results:** Hanging, poisoning and self-immolation are the most methods in most of the studies. **Conclusion:** Partial frequency of methods of suicide showed heterogeneity among countries and between genders.

Key words: *suicide; EMRO Countries; systematic review*

[Received: 19 January 2012; Accepted: 7 March 2012]

Negar Morovatdar^a, Maziar Moradi Lakeh^b, Seyed Kazem Malakouti^c, Marziyeh Nojomi^{*}

*** Corresponding author:** Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-88860225

E-mail: mnojomi@iums.ac.ir

^a Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^b Iran University of Medical Science, Tehran, Iran; ^c Iran University of Medical Science, Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry, Tehran, Iran.

260
260